

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Universidade do Porto

Cesariana, um indicador de qualidade de cuidados obstétricos – mito ou realidade?

Dissertação

Artigo De Revisão Bibliográfica

Joana Cunha Simões

Orientadora: Doutora Graça Buchner

Joana Cunha Simões

Nº de aluno: 201000128

Mestrado Integrado em Medicina – 6º ano Profissionalizante

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto/ Centro Hospitalar do Porto

Rua de Jorge Viterbo Ferreira, nº228, 4050-313 Porto

joana.c.s@netcabo.pt

Cesariana, um indicador de qualidade de cuidados obstétricos – mito ou realidade?

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina

Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

ORIENTADORA

Dra. Graça Buchner

Resumo

Introdução: A proporção de cesarianas numa dada população é uma medida do nível de acesso, e uso de uma intervenção obstétrica que está provado ser efetiva a salvar vidas. No entanto, as altas taxas de cesariana atuais são uma preocupação crescente em muitos países desenvolvidos, já que estas não mostram evidências de levar a melhores resultados perinatais.

Objetivos: Realizar uma revisão bibliográfica de artigos científicos relativos às causas do aumento atual da taxa de cesarianas, sumariando os conhecimentos relativos aos seus riscos e benefícios, assim como perceber que estratégias poderiam ser postas em prática para contrariar esta tendência.

Resultados: O aumento mais impressionante da taxa de cesariana é encontrado em gravidezes de baixo risco. Alterações nas características da população (como aumento da idade materna e obesidade), aumento da reprodução medicamente assistida, a taxa de cesarianas repetidas, o aumento da indução do trabalho de parto são alguns dos fatores propostos como causa desta tendência. Além disso, a cesariana a pedido continua a ser um fator contribuinte bastante controverso. Algumas estratégias estão já a ser postas em prática, no entanto, são propostas várias intervenções que mostraram potencial de impedir a realização de muitas cesarianas desnecessárias.

Conclusão: Continua a ser um desafio crescente definir uma taxa de cesarianas ótima, devido à grande variabilidade entre os vários países e dentro de cada país. Nos países subdesenvolvidos o aumento da taxa de cesarianas continua a ser um indicador de desenvolvimento na saúde perinatal. No entanto, nos países desenvolvidos isto não se verifica já que o contínuo aumento desta taxa não é acompanhado de uma diminuição da mortalidade materno-infantil. Muitas das estratégias propostas parecem promissoras e um maior investimento na sua aplicação deve ser feito, de forma a melhorar a qualidade na saúde perinatal.

Abstract

Introduction: The proportion of caesarean sections at a population level is a measure of the level of access to, and use of, an obstetric intervention proven effective in saving lives. Nevertheless, the actual high caesarean rates are a crescent concern in the developed countries, since they don't show evidence to lead to better perinatal outcomes.

Objectives: To conduct a literature review of scientific articles related to the causes of the increase of the caesarean rates, summarizing the knowledge regarding their risks and benefits, as well as to understand which strategies could be applied in an attempt to counteract this tendency.

Results: The most impressive rise in the caesarean rates is found in low risk pregnancies. Modifications in the population characteristics (such as higher maternal age and obesity), increase in medically assisted reproduction methods, the higher rate of repeated caesareans and the rise in the induction of labor, are some of the factors proposed as causes for this increase. Moreover, the caesarean section at maternal request is still a very controversial contributing factor. Some strategies are already been applied, although, various interventions that have been shown potential to stop many unnecessary surgeries have been proposed.

Conclusion: It continues to be a challenge to define an optimal caesarean rate, due to a wide variability between the several countries and inside each country. In the undeveloped countries, the rise of the caesarean rate is still a marker of development in the perinatal health. Meanwhile in the develop countries this does not verify, since this continuous increase is no longer accompanied by a decrease in the maternal and child mortality. Many of the proposed strategies seem promising and a bigger investment in its application should be done, in order to improve the quality of the perinatal health.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço à Doutora Graça Buchner, orientadora desta tese, pelo apoio e disponibilidade durante a realização deste trabalho, desde a primeira ideia aos detalhes finais.

À minha família, especialmente aos meus pais, que mesmo longe nunca deixaram de me apoiar ao longo de todo o curso e permitiram que tivesse todas as oportunidades e ferramentas para chegar aqui. Pelo exemplo que são para mim e pelos valores que me inculcaram. Por acreditarem sempre em mim e me apoiarem incondicionalmente.

Aos meus amigos e namorado, por estarem sempre presentes e pelo carinho e incentivo, são uma ajuda preciosa e tornam tudo mais fácil de encarar.

Lista de Abreviaturas

DGS – Direção Geral de Saúde

TP – Trabalho de Parto

OMS – Organização Mundial de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

DPPNI – Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida

IU – Incontinência Urinária

PVAC – Parto Vaginal Após Cesariana

NICE – Instituto Nacional para a saúde e Excelência Clínica

MCF – Monitorização Cardíaca Fetal

AI – Auscultação Intermitente

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

PVC – Parto Vaginal Cirúrgico

Índice

Resumo	3
Abstract	4
Agradecimentos.....	5
Lista de Abreviaturas.....	6
Índice	7
Índice de Anexos	8
Introdução.....	9
Metodologia	11
Análise das taxas de cesariana no mundo	12
Classificação e motivos para a realização de uma cesariana	14
Determinantes do aumento da taxa de cesarianas.....	15
Complicações da cesariana	20
Complicações maternas intraparto.....	20
Complicações maternas em gravidezes subsequentes.....	21
Complicações para o feto.....	21
Complicações para o feto nas gravidezes subsequentes.....	22
Implicações económicas	23
Benefícios da cesariana vs parto vaginal.....	24
Estratégias para a redução da taxa de cesarianas	26
Monitorização cardíaca fetal (MCF) contínua	26
Partograma.....	27
Cuidados intraparto	27
Parto vaginal cirúrgico (PVC)	28
Outros fatores	28
SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde)	29
Conclusão.....	30
Bibliografia.....	31
Anexos.....	38

Índice de Anexos

Anexo 1 - Taxas de cesariana e parto vaginal instrumental na Europa em 2010.....	40
Anexo 2 - Alteração das taxas de cesarianas entre 1990 e 2014 em 121 países.....	41
Anexo 3 - Classificação de Robson.....	42

Introdução

O dicionário de obstetrícia e ginecologia define a cesariana como a terminação cirúrgica de uma gravidez ou parto através da abertura cirúrgica do útero. Esta técnica tem vindo a ser praticada há vários séculos, originalmente com o objetivo de remover o feto após a morte da mãe. O primeiro registo de uma cesariana em que a mãe e o feto sobreviveram é de 1500, na Suíça. O desenvolvimento da anestesia no século dezanove abriu o caminho a uma nova era da cesariana e da cirurgia obstétrica e a melhoria das condições de assepsia (o surgimento dos antibióticos, disponibilidade de realizar transfusões e o aparecimento de fármacos eficazes na contração uterina), tornou a cesariana uma técnica muito mais segura permitindo assim diminuir a morbimortalidade materno-fetal.

A proporção de cesarianas numa dada população é uma medida do nível de acesso, e uso de uma intervenção obstétrica que está provado ser efetiva a salvar vidas. Tem servido como medida para governos, políticos e profissionais de saúde pública na avaliação do progresso na saúde materna e infantil, e para monitorizar a emergência obstétrica e o uso de recursos.¹

Em áreas com taxas de mortalidade materna e infantil muito altas, como África, a disponibilidade inadequada a cesarianas contribui substancialmente para a morbilidade e mortalidade materna e perinatal².

Em contraste, as altas taxas de cesariana são uma preocupação crescente em muitos países desenvolvidos, já que estas não mostram evidências de levar a melhores resultados perinatais³.

Atualmente, para a população em geral, a cesariana é vista como um procedimento simples, sem maiores riscos. Em 2010, muitos países tiveram uma taxa de cesarianas de aproximadamente 30% (Itália 38%, Portugal 36,3%)⁴, muito acima da recomendação da OMS, que previu que uma taxa superior a 15% não traz benefícios, e que pode aumentar os riscos a curto e longo prazo, tanto para a mãe como para o bebé. Este aumento da taxa de cesarianas não tem sido acompanhado por uma redução proporcional das complicações neonatais e maternas.

No entanto, a validade deste ponto de referência recomendado pela OMS em 1985 tem sido questionado à luz de mais três décadas de evidência acumulada, grandes melhorias nos cuidados clínicos obstétricos e nos avanços nas metodologias para avaliar criticamente evidências e para emitir recomendações.¹

Uma revisão sistemática de estudos epidemiológicos concluiu que aumentos nas taxas de cesariana estão associados a diminuições na mortalidade materna, neonatal e infantil com taxas até 9 a 16%, mas apenas quando a análise não controlou para confundidores. Quando ajustada para fatores socioeconómicos, a associação desaparece. Isto pode ser interpretado com o significado de que para taxas abaixo deste intervalo, o desenvolvimento socio-económico e não a taxa de cesarianas pode ser o determinante major para a mortalidade.¹

No entanto, alguns países como a Holanda, Finlândia, Suécia, e Noruega apresentaram, em 2010, taxas inferiores a 20%, e a Islândia uma taxa inferior a 15%.⁴ **(Anexo 1)**

Tem sido postulado que o aumento da prevalência de fatores como gravidez em idade avançada, cesariana prévia, apresentação pélvica e complicações médicas como obesidade, hipertensão e diabetes mellitus, possam explicar uma variação na taxa de cesarianas. No entanto, uma variação considerável mantém-se mesmo após o controlo destes fatores. Segundo alguns estudos, elementos económicos, sociais e culturais parecem também ter alguma influência.

Em todo o mundo, têm sido feitos muitos esforços para perceber esta tendência, e para encontrar uma forma de contra atuar efetivamente. Desta forma, a alteração das características da população, os recursos disponíveis, as escolhas das mulheres e o ponto de vista dos obstetras têm sido alguns dos fatores estudados como causas deste aumento contínuo.

Tem sido demonstrado que as cesarianas aumentam o risco de várias complicações cirúrgicas, infecciosas e tromboembólicas assim como de complicações obstétricas futuras. Além disso tem também um aumento do risco para o feto, como por exemplo de morbilidade respiratória, estando associadas a um aumento na admissão na Unidade de Cuidados Intensivos.

Em 2009, a OMS admitiu não existir evidências para recomendar uma taxa de cesarianas ótima, afirmando que ultimamente, o mais importante é que todas as mulheres que necessitem de uma cesariana recebam uma.⁵

Nesta revisão, tentarei assim abordar principalmente os riscos que poderá trazer o contínuo aumento da taxa de cesariana e compreender a razão deste aumento e das diferenças que existem entre vários países. Tentarei perceber ainda que medidas estão já a ser tomadas para contrariar a tendência atual e que estratégias adicionais poderiam ser aplicadas.

Metodologia

Este trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular de "Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio" do Mestrado Integrado em Medicina com o objetivo de obter uma revisão bibliográfica sobre o tema Cesariana, um indicador de qualidade – mito ou realidade. Artigos científicos publicados em revistas de referência foram obtidos com recurso ao motor de pesquisa PubMed. Adicionalmente, consultei o sítio da World Health Organisation e da Direcção-Geral da Saúde.

Análise das taxas de cesariana no mundo

Atualmente, quase 1 em cada 5 mulheres no mundo tem um parto por cesariana.

De acordo com estudos recentes, a média global da taxa de cesariana é de 18.6%, variando de 6.0% a 27.2% nos países menos e mais desenvolvidos, respetivamente. As taxas mais baixas são encontradas em África (7.3%), mais especificamente no Oeste de África (3%). As taxas mais elevadas são encontradas na América Latina e nas Caraíbas (40.5%) e a América do Sul é a sub-região com as taxas médias mais elevadas no mundo (42.9%).

Os países com as taxas mais altas em cada região são o Brasil (55.6%) e a República Dominicana (56.4%), na América Latina e nas Caraíbas, Egipto (51.8%) em África, Irão e Turquia na Ásia (47.9% e 47.5%, respetivamente), Itália (38.1%) na Europa, Estados Unidos (32.8%) na América do Norte, e Nova Zelândia (33.4%) na Oceânia.

De 1990 a 2014, as taxas de cesariana diminuíram apenas em dois países: Guiné (3.3% para 2.4%) e Nigéria (2.9% para 2%). O Zimbabué manteve a taxa de 6% e todos os outros países aumentaram a sua taxa de cesarianas.

Globalmente, as taxas de cesariana aumentaram de 6.7% em 1990 para 19.1% em 2014, o que representa um aumento absoluto de 12.4% e uma taxa de aumento anual média de 4.4%. Países em desenvolvimento apresentaram os maiores aumentos absolutos, 14.6 pontos (de 6.3% para 20.9%) e os países desenvolvidos seguiram-se com 12.7 pontos de aumento absoluto (de 14.5% para 27.2%). A taxa de cesarianas nos países menos desenvolvidos aumentou apenas 4.2 pontos (de 1.9% para 6.1%).

Na Europa, a Finlândia foi o país com o menor aumento (menos de 2%) seguida da Islândia e da Noruega com um aumento de cerca de 4.5%.

Alguns países sofreram aumentos marcados. O Egipto, Turquia, Republica Dominicana, Geórgia e China tiveram um aumento de mais de 30% nos últimos 24 anos. No Egipto mais de metade das mulheres têm o parto por cesariana.

Na China, a escolha da data do parto com base na sorte e no destino do bebé por algumas pessoas, é uma explicação para marcar uma cesariana. Por outro lado, vários países Europeus conseguiram controlar a sua taxa de cesarianas com o tempo. É notável que a Finlândia tem uma das taxas mais baixas, não só na Europa, como em todo o Mundo. A Islândia e a Noruega também apresentaram aumentos muito pequenos e a Suíça, apesar de um aumento um pouco maior, tinha uma taxa de 16.2% em 2011.

Estas estimativas fornecem uma visão sumária do mundo e de cada região mas incluem diferenças importantes entre países. Um exemplo é a inequidade no uso de cesarianas entre o Norte de África e a África subsaariana. Além disso, embora as estimativas a nível de país sejam

úteis para os governos e políticos avaliarem o progresso global na saúde materna e infantil, são meramente médias e incluem desigualdades importantes dentro do país. Em muitos casos, estas médias são o resultado de baixas taxas de cesariana nos segmentos mais pobres da população e o uso maior, e provavelmente medicamente injustificado, nos segmentos mais ricos.⁶

No seio do aumento generalizado das taxas de cesariana em todo o mundo, é particularmente alarmante reparar na inexistência de um aumento destas taxas em África, principalmente na África subsaariana onde os números permanecem inalterados nas últimas décadas. Deficiências nos sistemas de saúde e falta de recursos continuam a ser fatores limitantes para a expansão do acesso e da qualidade de cuidados.⁶ **(Anexo 2)**

Classificação e motivos para a realização de uma cesariana

Em 2011, a OMS realizou uma revisão sistemática dos sistemas existentes para classificar as cesarianas e concluiu que a Classificação de Robson é o sistema mais adequado para preencher as necessidades locais e internacionais. Propôs então que esta classificação seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorizar e comparar as taxas de cesariana ao longo do tempo num mesmo hospital e entre diferentes hospitais.⁷

A Classificação de Robson classifica todas as gestantes em um de 10 grupos mutualmente exclusivos e totalmente inclusivos, criados a partir de cinco parâmetros: paridade, início do parto, idade gestacional, apresentação/situação fetal e número de fetos⁸ – anexo 3.

Um estudo feito em 21 países concluiu que o uso desta classificação permite não só uma avaliação das causas de cesariana, mas também uma avaliação da qualidade dos dados disponíveis a partir de registos médicos.⁸

Em Portugal, a Direção Greal de Saúde (DGS) lançou, em janeiro de 2015, várias normas no que diz respeito às cesarianas. Este organismo do Ministério da Saúde classifica as cesarianas segundo vários aspetos:

- Quanto à urgência (programada, urgente ou emergente);
- Quanto à fase de trabalho de parto (TP) (ausente, primeiro período ou período expulsivo);
- Quanto ao motivo principal e às características da gravidez (classificação de Robson).

No que diz respeito aos motivos, a DGS coloca como indicações para cesariana 10 motivos principais:

1. Patologia materna que contraindica o parto vaginal
2. Anomalia fetal que contra indica o parto vaginal
3. Patologia própria da gravidez
4. Cirurgia uterina prévia
5. Situação ou apresentação fetal anómala
6. Gravidez múltipla
7. Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica
8. Tentativa frustrada de indução do trabalho de parto
9. Trabalho de parto estacionário
10. Estado fetal não tranquilizador intraparto⁹

Determinantes do aumento da taxa de cesarianas

O aumento mais impressionante da taxa de cesariana é encontrado em gravidezes de baixo risco: mulheres saudáveis com um parto a termo com feto único em posição cefálica.¹⁰

Embora existam certamente diferenças nas características da população, como prevalência de obesidade, proporção de nulíparas, idade materna mais elevada ou partos múltiplos, estas diferenças não parecem explicar as grandes variações nas taxas nos países Europeus.⁶

Por outro lado, o **aumento da idade materna** parece ter um papel importante. Uma gravidez numa mulher com mais de 35 anos é considerada de alto risco. À medida que a idade materna aumenta, aumenta também o risco de malformações congénitas, de **hipertensão** e **diabetes mellitus**.¹¹ Assim, a idade não é por si uma indicação para cesariana, é a ocorrência de riscos específicos neste grupo etário que podem levar a esta indicação.

Por exemplo, um mau controlo metabólico nas grávidas diabéticas (previamente ou com diabetes gestacional) é um fator importante,¹² podendo resultar no nascimento de um feto com mais de 4000-4500 gramas, que por sua vez aumenta a probabilidade de uma cesariana.¹³

A prevalência de **obesidade** continua a aumentar, e consequentemente o número de mulheres com diabetes que engravidam aumenta também. Além disso, a obesidade está também associada a outros fatores de risco, como a hipertensão.

Outro fator muito discutido é o aumento das **técnicas de reprodução medicamente assistida**, que estão a levar ao aumento de gravidezes múltiplas.¹⁴ As intervenções reprodutivas levam a um aumento na taxa de cesarianas¹⁵, além de que neste caso também a ansiedade materna quanto à saúde do feto pode ter um papel preponderante.

Alguns estudos demonstraram diferenças nas taxas de cesarianas entre grupos de **estatutos socioeconómicos** diferentes dentro do mesmo país. Mulheres com estatuto socio-económico mais baixo ou a viver em áreas carentes teriam menor probabilidade de ter um parto por cesariana em comparação com mulheres com estatuto mais elevado ou a viver em áreas mais ricas, mesmo em países com cuidados de saúde públicos financiados.^{16,17}

Por outro lado, um grande estudo baseado na população Norueguesa concluiu que mulheres com menor nível de educação tinham maior probabilidade de ter um parto por cesariana¹⁸, tendo o mesmo sido observado num estudo feito na Finlândia¹⁹.

Uma análise de dados do Consórcio sobre Parto Seguro mostrou que as indicações mais comuns para cesariana primária nos EUA são: falha na progressão (35,4%) e traçado cardíaco fetal não tranquilizado (27,3%).²⁰ Além disso, outro estudo concluiu que a **taxa de cesarianas iterativas** era um contribuinte major para a taxa de cesarianas total (30,9%).²¹

Durante a maior parte do século 20, quando uma mulher era submetida a uma cesariana, acreditava-se que as suas gravidezes futuras requereriam uma cesariana.

Entre as grávidas de baixo risco, a **cesariana iterativa** aumentou para 89% em 2003 nos EUA. Em 2006 aproximadamente 92% de todas as grávidas com uma cesariana prévia tiveram uma cesariana repetida. Na Alemanha, este motivo é responsável por cerca de 24% das cesarianas.²²

Estudos indicam que existe um risco muito baixo mas muito adverso de morte perinatal e dano cerebral hipóxico, enquanto que com cesarianas repetidas os riscos são mais frequentes mas menos graves.²²

Um fator frequentemente citado como motivo para evitar a tentativa de TP nestas mulheres é a possibilidade de ruptura uterina, porque uma tentativa de TP sem sucesso tem uma taxa de complicações maior comparada com o parto vaginal após cesariana (PVAC) ou a cesariana eletiva repetida.

No entanto, o sucesso da tentativa de TP é consistentemente elevado, variando entre 60 e 80%, enquanto o risco de ruptura uterina é menor que 1%, e mulheres que têm uma tentativa de trabalho de parto, independentemente do modo de parto, têm um risco menor de mortalidade materna, em comparação com a cesariana eletiva.

A raça e a etnia são os preditores demográficos mais fortes de parto vaginal após tentativa de trabalho de parto. Mulheres hispânicas e afro-americanas têm taxas mais baixas de PVAC. Idade materna elevada, estado civil solteira e nível de escolaridade baixo, parto em zona rural, hospitais privados e presença de doença materna também foram associados com menor probabilidade de PVAC. História prévia de parto vaginal, antes ou depois de cesariana, é consistentemente associada com maior probabilidade de PVAC, assim como indicações não recorrentes para cesariana. Idade gestacional superior a 40 semanas, TP prolongado e indução do parto diminuem a probabilidade de PVAC. O fator fetal mais consistentemente associado com o aumento da probabilidade de PVAC é o peso à nascença menor que 4000 gramas e fatores associados com o parto incluem índice de Bishop desfavorável.²³

A taxa de indução do TP tem aumentado significativamente em muitos países desenvolvidos. Para a indução do TP medicamente indicada, os benefícios para a mãe e feto são indiscutíveis. No entanto, aparecem controvérsias quando o parto é induzido em mulheres sem ou com indicações clínicas marginais. A indução TP aumenta o risco de hemorragia pós-parto e transfusão sanguínea. Um estudo refere que a impaciência clínica pode ter um papel na tomada de decisões.²¹

A **apresentação pélvica** a termo contribui para 2-4% dos partos. É considerado um parto de alto risco devido a um aumento do risco de 2-5% de morbidade e mortalidade perinatal devido a complicações. Tanto a mãe e o feto estão expostos a maiores riscos quando comparada com apresentação cefálica.

Nestes casos alguns estudos recomendam a realização de cesariana eletiva.²⁴ No entanto, vários estudos relataram não existirem diferenças no prognóstico perinatal após parto vaginal ou cesariana.²⁵

Tem sido mostrado que a cesariana por apresentação pélvica aumenta a morbidade e mortalidade materna a curto e longo prazo.²⁶ Na verdade, apesar do aumento da taxa de cesarianas, a incidência de asfixia neonatal e trauma no parto permaneceu imutável.²⁷ Um prognóstico neonatal favorável não foi alcançado por cesariana já que a técnica de extrair um feto em apresentação pélvica durante uma cesariana é essencialmente semelhante às manobras adotadas durante o parto vaginal. Por esta razão, a política de realizar cesariana em todos os casos de apresentação pélvica tem sido discutida e os critérios para um parto vaginal seguro têm sido propostos, e incluem adequação pélvica, peso fetal menos que 3600 gramas, progressão tranquila de TP monitorizado por parâmetros objetivos, e presença de pessoal experiente.²⁸ As instalações para monitorização fetal intra-parto, realização de cesariana urgente e unidades de cuidado intensivo neonatais contribuíram muito para embarcar no parto vaginal seguro.²⁵

A **adesão incompleta às guidelines** sobre a decisão de quando realizar uma cesariana pode também ser uma explicação a ter em conta.¹⁰ Atualmente existem protocolos clínicos realizados com vista a estabelecer os casos mais apropriados para parto vaginal ou cesariana, sendo a sua implementação consistente indispensável para prevenir a realização de cesarianas desnecessárias.

Nas últimas décadas, a cesariana tem sido também uma prática obstétrica defensiva. Nos Estados Unidos, o custo de reclamação de danos pode atingir milhões.²⁹

O sentimento de segurança dos médicos e das mães parece ser responsável por cesarianas repetidas.²² Os médicos deparam-se cada vez mais com um **risco médico-legal** e, quando confrontados com um padrão cardiotocográfico equívoco durante o TP, poucos arriscam a mínima hipótese de ocorrer um acidente. O recurso a uma cesariana de emergência é por isso o escape frequente.³⁰

A **cesariana a pedido** é outra das razões para a incidência aumentada de cesarianas. Além do medo do parto espontâneo, estão associados outros fatores como medo de complicações para o bebé, partos anteriores traumáticos, depressão, abuso e outras razões psicossomáticas/psiquiátricas. O medo de falta de suporte, falta de confiança da capacidade de suportarem um parto vaginal e outros conflitos como o medo de perda de controlo podem também ter um papel importante.³¹⁻³³

Uma revisão sobre este tema identificou os motivos citados que levam uma mulher a pedir uma cesariana:

Autonomia –as mulheres são encorajadas a tomar decisões informadas acerca dos seus cuidados durante o parto contínuo. O respeito pela autonomia das mulheres é a justificação globalmente mais citada para aceitar o pedido da mãe como uma indicação para cesariana.

Controlo – a cirurgia eletiva permite o planeamento futuro à volta do evento, e pode permitir às mulheres manter o controlo, tanto do seu corpo como da situação. As mulheres que citaram o controlo como razão para o seu pedido têm maior probabilidade de terem uma história de parto traumático.

Medo – está associado com a maior incidência de intervenção, incluindo cesariana, e vários estudos citam repetidamente o medo do parto e de perda do controlo como principal razão para a escolha.

Atitude do clínico – o dever profissional e o sentimento de paternalismo que ainda é aparente em obstetrícia, juntamente com a confiança de uma mulher no julgamento do seu médico, apoia a influência que este pode ter na tomada de decisão. Num estudo de 130 obstetras do Reino Unido, nenhum recusaria o pedido de uma mulher por uma cesariana.

Atitudes sociais – os fatores sociais têm um impacto cada vez maior na tomada de decisão já que as mulheres confiam grandemente na informação distribuída pelos media e o conhecimento e experiência da sua família e amigos.

Riscos clínicos – embora o argumento para a cesariana eletiva seja de escolha informada, evidências sugerem que as mulheres muitas vezes têm pouco conhecimento dos riscos associados à cirurgia. Gamble e Creedy (2001) descobriram que apenas 40% das mulheres que preferiam cesariana conseguiam identificar um risco da cirurgia e apenas 5% conseguia especificar um risco para o seu bebé. Uma revisão de 2004 acerca de se as mulheres recebiam informação suficiente sobre a cesariana ante-natalmente concluiu que as mulheres que eram completamente aconselhadas sobre os benefícios e riscos tinham maior probabilidade de pensar no parto vaginal como alternativa.³⁴

Fatores associados com os medos e crenças sociais e culturais das mulheres também contribuem muito provavelmente para o aumento da taxa e devem ser incluídos na equação.⁶

Nos EUA estima-se que a percentagem de cesarianas por este motivo seja de 11% e na Austrália 17%.³⁵ Em 2002, o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists relatou que 7,3% das cesarianas realizadas no Reino Unido durante um período de 3 meses foram por pedido materno, ou seja, sem necessidade clínica. O Instituto Nacional para a Saúde e Excelência Clínica (NICE) mais tarde calculou que a recusa de realização destes 7% de cesariana em que não existia razão médica poderia poupar ao sistema nacional de saúde quase 11 milhões de libras por ano.³⁴

Em 1999, O Comité da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para os aspetos éticos da reprodução humana afirmou que fazer uma cesariana sem uma razão médica

não era ético, e nas suas guidelines originais, o NICE (2004) afirmou que o pedido materno não é por si só uma indicação para cesariana.³⁴

No entanto, o NICE lançou depois uma versão atualizada das suas orientações que inclui novas recomendações à cerca de como responder ao pedido materno de cesariana. Estas recomendam que, se a mulher for extensivamente aconselhada e tiver recebido apoio, uma cesariana eletiva é apropriada.³⁴

Assim, existe ainda muita controvérsia acerca do direito da mulher de escolher entre um parto normal e uma cesariana. Sendo, por isso, um fator muito importante que a mulher esteja informada sobre os riscos da realização de uma cesariana, escolhendo assim o melhor para si e para o feto.

Complicações da cesariana

Complicações maternas intraparto

As complicações cirúrgicas intraoperatórias podem incluir **dano de órgãos** adjacentes como a bexiga, trato urinário ou digestivo, assim como dano não intencional do útero ou do colo uterino.³⁶ A taxa de complicações intraoperatórias tem sido reportada a aproximadamente 12-18% em análises de dados prospectivas.^{36,37} Como seria de esperar, o risco é superior em mulheres que realizam uma cesariana de emergência^{36,37}, ou após tentativa de parto normal.³⁸

Parto por cesariana é o fator de risco mais importante para **infecção materna pós-parto**, sendo 5 a 20 vezes mais comum comparando com parto vaginal. As infecções que ocorrem após uma cesariana contribuem significativamente para a morbidade materna após o parto e aumentam o tempo de internamento.^{39,40} A cesariana de emergência durante o TP e a presença de ruptura de membranas aumentam grandemente o risco de qualquer morbidade infecciosa^{41,42}, assim como a coexistência de diabetes e obesidade materna. A morbidade febril é relatada em aproximadamente 15% de mulheres que se submeteram a cesariana eletiva (8% por infecção da ferida e 5% por endometrite).⁴⁰ Em grandes coleções de dados, quando todos os partos por cesariana são considerados, 30% das mulheres irão sofrer alguma morbidade infecciosa, com 2% tendo morbidade infecciosa grave (definida como bacteriemia, choque séptico, tromboflebite séptico, fascíte necrotizante ou morte associada à infecção).⁴⁰

O uso de antibióticos após o parto é 4 vezes mais comum em mulheres que realizaram cesariana e 5 vezes mais comum em cesarianas de urgência.⁴³

A **doença tromboembólica** é uma causa major de morte materna em países desenvolvidos⁴⁴ (1 complicação tromboembólica em 1600 partos)^{45,46}. O embolismo pulmonar em particular é mais comum no pós-parto e está fortemente associado com a cesariana.⁴⁵ A incidência de tromboembolismo venoso é 2 a 4 vezes superior após cesariana do que parto vaginal.^{45,47,48}

Dados prospectivos de coorte indicam que a **histerectomia** é pelo menos 4 vezes mais comum entre as mulheres que realizaram cesariana assim como a necessidade de transfusão.⁴³ Num estudo sobre histerectomia de emergência por **hemorragia pós-parto** incontrolável, das mulheres que necessitaram desta cirurgia, 73% tiveram o parto por cesariana e 27% por parto vaginal, sugerindo que a cesariana representa um fator de risco significativo para histerectomia pós-parto.⁴⁹

As taxas de mortalidade devido a qualquer causa são baixas nos países desenvolvidos. O risco relativo de morte por cesariana em comparação com parto vaginal varia de 3 a 13.⁵⁰

Um grande estudo Holandês baseado na população demonstrou que a cesariana estava associada com um risco 5 vezes aumentado de morbidade materna aguda grave, mesmo na ausência de trabalho de parto.⁵¹ Achados de uma grande coorte Finlandês são semelhantes,

com um risco 2,7 vezes maior de morbidade grave com cesariana eletiva aumentando para 6,1 com procedimentos não-eletivos.⁵²

Alguns autores, no entanto, acreditam que a cesariana eletiva e a cesariana de emergência não podem ser analisadas em conjunto, e comparadas com os partos vaginais. As cesarianas eletivas devem ser uma coorte separado e devem ser comparadas com os resultados combinados do parto vaginal e das cesarianas de emergência. Afirmam que, se isto for feito, então a cesariana eletiva com antibioterapia e trombofilaxia é provavelmente tão segura como uma parto vaginal.³⁰

Complicações maternas em gravidezes subsequentes

Têm sido relatadas associações entre cesariana prévia e gravidez ectópica subsequente, e anomalias placentares, como descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI), placenta prévia e acreta⁵³⁻⁵⁵. Uma cesariana prévia é também fator de risco para morbidade materna aguda grave (incluindo admissão numa unidade de cuidados intensivos, eclampsia, hemorragia obstétrica major e rutura uterina) numa gravidez subsequente.⁵⁶

Um estudo sistemático revelou uma prevalência mundial de rutura uterina de 1% em mulheres com uma cesariana prévia. Mais preocupante foi o achado que, em países em desenvolvimento, a rutura uterina é responsável por 10% das mortes maternas.⁵⁷

Complicações para o feto

O efeito da cesariana na mortalidade perinatal permanece incerta, no entanto é muitas vezes citada como um potencial benefício associado ao parto por cesariana.⁵⁸ Um estudo na Islândia sobre taxas de mortalidade específicas para o peso à nascença e a cesariana não identificou nenhuma correlação para recém-nascidos normalmente formados com peso acima de 2500 g.⁵⁹

Tem havido uma preocupação acerca do efeito da cesariana na saúde na infância tardia nas áreas de alergia, atopia e doenças autoimunes. Embora haja evidência de componentes imunes alterados no sangue do cordão umbilical tanto com cesariana como com parto vaginal⁶⁰, a literatura não é conclusiva num risco aumentado de atopia, alergia e asma.⁶¹⁻⁶³

Uma revisão sistemática da relação entre cesariana eletiva e morbidade respiratória no neonato a termo concluiu que existe um risco 2 a 3 vezes superior após cesariana a termo.⁶⁴ A magnitude deste risco diminuiu com a idade de gestação avançada, mas um pequeno risco foi evidente mesmo após completas as 37 semanas de gestação.⁶⁴

Tanto cesariana eletiva ou intraparto em fetos com apresentação cefálica estão associadas a quase o dobro do risco de admissão numa unidade de cuidados intensivos durante 7 ou mais dias.⁴³

Foi encontrada uma associação entre cesariana e a ocorrência de autismo⁶⁵, asma brônquica^{62,66}, diabetes mellitus tipo 1⁶⁷, várias alergias alimentares⁶⁸ e rinite alérgica.

Outra complicação que pode acontecer após cesariana é a **dificuldade no aleitamento**. Existem muitas inconsistências entre vários estudos, já que alguns relatam não haver associação entre cesarianas e o aleitamento, enquanto outros mostram um efeito negativo claro.^{69,70}

Provavelmente, o atraso da interação do bebê com a mãe causado pelo facto de o recém-nascido ser admitido numa unidade de cuidados intensivos ou devido à sua separação espacial têm um papel importante neste fator.

A alteração epigenética da expressão de genes pelo meio endócrino do meio pode afetar as respostas hepáticas e metabólica a longo-prazo e modificar a função imune. A função subsequente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal parece ser influenciado pela resposta de stress ao parto, e o modo de parto também parece afetar o microbioma intestinal, o que pode aumentar a captação de energia pela comida e predispor a **obesidade**.⁷¹

Complicações para o feto nas gravidezes subsequentes

Um grande estudo coorte retrospectivo examinou o risco relativo de nado-morto anteparto numa gravidez subsequente após uma cesariana e concluiu que o risco de nado-morto inexplicável anteparto foi maior em mulheres que tinham realizado cesariana prévia, um risco que é evidente após as 34 semanas de gestação.⁷² De forma semelhante, o risco de nado-morto inexplicável após 39 semanas em mulheres com uma cesariana prévia foi o dobro comparado às com um parto vaginal prévio.⁷² Por outro lado, um estudo dos EUA que utilizou dados de 1995 a 1997 concluiu que o risco de morte intrauterina de termo foi 1,5 em 1000 para mulheres sem cesariana prévia comparado com 1,3 em 1000 para mulheres com cesariana prévia.⁷³

Implicações económicas

Uma cesariana custa o dobro de um parto vaginal (1256 euros a 9652 euros extra dependendo do país de origem).¹⁰ Após uma primeira cesariana, a grande maioria das mulheres tem uma cesariana na gravidez seguinte, variando de 18 a 72% dependendo do país onde vive.²³ Para cada cesariana repetida, a morbilidade aumenta, com maior risco de complicações cirúrgicas, transfusões sanguíneas, admissão em unidade de cuidados intensivos e histerectomia, adicionando custos extra. Assim, com uma média de uma gravidez subsequente, estima-se que os custos extra cheguem a aproximadamente 7500 euros. Na Europa, 5.2 milhões de mulheres tiveram um parto em 2012 com uma média de 30% de cesarianas. Com uma redução de 1%, na Europa apenas, 390 milhões de euros poderiam ser poupados. A OMS defende uma taxa de cesarianas entre 10 e 15%, no entanto isto foi desafiado. Isto iria resultar numa redução de custos de 3.9 biliões a cada ano, sem efeitos negativos para os resultados maternos e fetais.¹⁰

Benefícios da cesariana vs parto vaginal

As modificações nas técnicas cirúrgicas e os avanços nos cuidados médicos transformaram a cesariana de um procedimento associado com mortalidade materna de 80% no início do século dezanove⁷⁴ para um que atualmente é visto como uma cirurgia segura, com uma morbidade materna severa de aproximadamente 27.3 por 1000 partos.⁷⁵

A cesariana tem a reputação de proteger contra a disfunção do pavimento pélvico. No entanto, os estudos são controversos, com pouca evidência para este efeito.⁷⁶ Atualmente, a cesariana não é recomendada com esta indicação.

Estudos observacionais sugerem alguma proteção com cesariana contra prolapso de órgãos pélvicos mais tardiamente, variando entre 50 e 80% a redução do prolapso sintomático do pavimento pélvico.⁷⁷ Um estudo de caso-controlo de mulheres que tinham um diagnóstico de prolapso de órgão pélvico também relatou um efeito protetivo se o parto prévio tivesse sido apenas cesariana em comparação com parto vaginal prévio.⁷⁸

Cesariana eletiva é claramente protetiva contra a laceração perineal de 3º ou 4º grau ou fístula pós-parto.⁴³ Um estudo comparou os resultados após cesariana eletiva e parto vaginal, sendo que aos 3 meses de pós-parto as mulheres no grupo das cesarianas planeadas tinham menor probabilidade de apresentar incontinência urinária (IU).⁷⁹ No entanto, aos 2 anos, não eram visíveis quaisquer diferenças.²⁶

A gravidez em si pode causar IU, transitória ou, por vezes duradoura. Isto é relevante porque a IU anteparto aumenta o risco de IU pós-parto. Por exemplo, um estudo concluiu que das 16% de mulheres estudadas que tinham IU ante-parto, 67% relataram IU pós-parto, comparado com apenas 19% das que não apresentavam IU ante-parto. Para as mulheres com IU ante-parto, o parto vaginal não aumentou significativamente o risco de IU, após ajustar à idade.⁸⁰

Hoje em dia, existe uma consciência aumentada sobre o trauma somático materno do parto, que afeta muitas mais mulheres do que se pensava, primariamente na forma de laceração do esfíncter anal e do levantador do anus. Como este trauma ocorre em cerca de um terço de todas as mulheres que têm um parto por via vaginal⁸¹ e dado que tem consequências graves a longo-prazo, deveria ser avaliado por todos os serviços maternos com vista a fornecer tratamento para atrasar ou prevenir a morbidade subsequente e facilitar a melhoria da prática.

É prematuro, neste momento, oferecer cesariana de rotina para prevenir danos no pavimento pélvico e prolapso, excepto se circunstâncias obstétricas (i.e. macrosomia fetal) o sugerirem.³⁰

A Associação do Trauma do Parto, com base no Reino Unido, estima que cerca de 200,000 mulheres em todo o mundo se sintam traumatizadas pelo parto e desenvolvam alguns dos sintomas de stress pós-traumático, enquanto no Reino Unido 10,000 mulheres desenvolvem Doença de Stress Pós-Traumático anualmente, segundo este website.⁸²

Um estudo retrospectivo de satisfação com a cesariana concluiu que 40% das mulheres que tiveram o seu primeiro parto por cesariana de urgência ou eletiva descrevem pelo menos um aspecto do procedimento stressante. Dessas, dois terços descrevem má comunicação, medo e outras emoções durante o parto no período pós-parto imediato como contribuidores para a angústia.⁸³

Estratégias para a redução da taxa de cesarianas

Monitorização cardíaca fetal (MCF) contínua

As crenças de que uma frequência cardíaca fetal variável reflete hipoxémia fetal e que a MCF poderia identificar os fetos com asfixia iminente precocemente o suficiente para intervir eram atraentes e levou com que esta tecnologia fosse rapidamente adotada. Os estudos afirmavam que as mulheres com MCF contínua tinham menos nados mortos intraparto. No entanto, os primeiros ensaios concluíram que a MCF estava associada a maiores taxas de cesariana sem uma melhoria concomitante no prognóstico dos recém-nascidos.

A atualização de uma meta-análise em 2006 confirmou as taxas de cesariana mais altas sem melhoria no score de Apgar, mortalidade perinatal e taxas de paralisia cerebral em comparação com auscultação intermitente (AI).⁸⁴ A MCF está associada a uma redução de 50% na incidência de convulsões neonatais, mas não existe diferença entre MCF e a AI na taxa de paralisia cerebral quando estes recém-nascidos com convulsões neonatais são examinados 4 anos depois.

Recentemente foi feito um estudo com dados de 2004 para comparar os resultados em mulheres que tiveram MCF e as monitorizadas com AI, excluindo nados-mortos, fetos com anomalias congénitas e cesarianas repetidas. Foi encontrada uma taxa mais elevada de cesarianas no grupo com MCF. No entanto, a mortalidade neonatal precoce (até 6 dias) para mulheres com mais de 37 semanas de gestação era inferior neste grupo. As convulsões neonatais foram menos comuns em mulheres com doenças obstétricas, doenças médicas crónicas ou um parto pré-termo se monitorizadas com MCF, mas não houveram diferenças na incidência de convulsões nas mulheres com baixo risco.⁸⁵

Hoje, a MCF faz parte da prática clínica atual. No entanto, alterar uma prática que é atualmente o standard nos cuidados é muito difícil. Assim, a alteração dos protocolos usados para a monitorização fetal intraparto na monitorização de mulheres de baixo risco para acidemia fetal no início do parto é mais provável ter sucesso do que uma alteração na prática a grande escala.

Estudos demonstraram que um valor de pH menor que 7 reflete um risco aumentado de encefalopatia isquémica hipóxica e os padrões de frequência cardíaca fetal associados com baixo pH da artéria umbilical foram identificados.

Existe um conjunto de provas que está aumentar rapidamente acerca da relação entre padrões de FCF específicos e acidemia fetal/neonatal que, se implementados na prática, podem ajudar a diminuir a taxa de cesarianas primária. No entanto, os recursos disponíveis são um fator crítico na tomada de decisões acerca de observar e esperar versus intervir. Os protocolos internacionais irão funcionar melhor se desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar e a taxa de cesarianas

resultante por estado fetal não tranquilizador vai sempre ter de ser ajustado para as características de cada hospital.⁸⁶

Em 2005, foi aprovado o uso do aparelho STAN como adjuvante da monitorização da FCF convencional, que fornece informação eletrocardiográfica e que se baseia no fato de a acidemia fetal estar associada com elevação do segmento ST e aumento da amplitude da onda T. O uso destas ferramentas continua a ser bastante controversa. No entanto, a sua utilidade aumenta à medida que aumenta a experiência do seu utilizador.⁸⁷

Partograma

A distócia é uma das principais causas de cesarianas primárias atualmente. Durante décadas, o progresso no parto tem sido medido para determinar os limites estatísticos do normal através do uso de gráfico tempo vs dilatação criado por Emanuel Friedman em 1955. Após estudos mais recentes, tornou-se claro que, de uma perspetiva clínica, o uso contínuo da curva de Friedman resulta em intervenções iatrogénicas e um aumento da cesariana. Recentemente foi estruturado um novo partograma que incorpora princípios importantes do parto e que assume que qualquer atraso maior a 4 horas na dilatação após os 5 cm é uma indicação para intervenção. Os resultados deste partograma são antecipados.⁸⁶

Cuidados intraparto

Atrasar a admissão até o início do TP ativo, cuidados de apoio contínuos, fornecer hidratação adequada, posições verticais e menor uso de amniotomia e oxitocina durante o TP são medidas que facilitam o parto vaginal. Embora exista alguma evidência para o uso de cada uma destas práticas, apenas apoio contínuo um-para-um durante o TP mostrou conferir vantagem estatisticamente significativa.⁸⁶

Muitos anos de estudos observacionais concluíram consistentemente que os **cuidados orientados por parteira** estão associados a menores taxas de cesariana quando comparados com avaliação apenas pelo médico.⁸⁶

A probabilidade geral de parto vaginal é menor após **indução do parto**, especialmente numa mulher nulípara com índice de Bishop desfavorável. As instituições devem ter protocolos clínicos acerca da indução do parto, incluindo uma lista de indicações clinicamente aceitáveis, e devem especificar as definições de condição do colo favorável, opções para amadurecimento do colo na presença de colo imaturo, protocolos para administração de oxitocina e critérios para o diagnóstico de falha na indução. A indução do TP com um índice de Bishop desfavorável não deve ser iniciada a não ser que o parto seja indicado por benefício materno ou fetal claro.

A indução do TP prudente, e a expectativa de que critérios bem definidos serão cumpridos antes da realização de uma cesariana por falha na indução ou na progressão do parto, podem prevenir muitas cesarianas primárias desnecessárias.⁸⁸

Estudos mostraram que mais de metade das mulheres submetidas a indução do TP permanecem na fase latente por pelo menos 6 horas e quase um quinto permanecem durante 12 horas ou mais. Num estudo multicêntrico, quase 40% das mulheres ainda em fase latente após 12 horas de oxitocina e ruptura de membranas tiveram um parto vaginal com sucesso. Estes dados sugerem que não deve ser considerada falha na indução na fase latente a não ser que a oxitocina tenha sido administrada por pelo menos 24 horas, ou 12 horas após ruptura de membranas.

Apesar de ter sido sugerido que a **analgesia neuroaxial** (epidural, espinal ou combinada) possa prolongar a fase latente do TP, muitos ensaios não conseguiram concluir um aumento da taxa de cesarianas com este tipo de analgesia.⁸⁸

A admissão de mulheres na fase latente precoce (p.e. <3 cm) tem sido associada a taxas de cesariana maiores. A admissão precoce pode dar a impressão de um TP mais longo e resultar no abandono mais rápido se o progresso não for considerado adequado, ou devido a pressão da paciente ou da família. No entanto não é claro se a admissão precoce aumenta o risco de cesarianas ou se as mulheres que necessitam de uma admissão mais precoce têm realmente maior probabilidade de um decurso anormal do TP.⁸⁸

Parto vaginal cirúrgico (PVC)

O parto vaginal cirúrgico assistido por forceps ou vácuo pode evitar uma cesariana quando os esforços expulsivos maternos são inadequadas ou quando é necessário encurtar o período expulsivo. Comparando as taxas de cesariana versus PVC, torna-se claro de que altas taxas de PVC estão muitas vezes associadas a taxas de cesariana menores, e vice versa. Apesar disto ser plausível, uma relação causa efeito não foi estabelecida.⁸⁸ Por outro lado, a realização de uma cesariana após tentativa frustrada de aplicação de ventosa ou fórceps está associada a maior risco de eventos adversos.⁸⁹

Outros fatores

Fatores institucionais, como restrições de tempo na unidade de partos, disponibilidade do pessoal no bloco operatório, e a incapacidade de apoio nas induções prolongadas com recursos e espaço que podem ser escassos, todos têm um papel na decisão de realizar uma cesariana.

Fatores médicos como fadiga, carga de trabalho, e privação de sono antecipada provavelmente também afetam a decisão. Vários estudos sugerem que as taxas de cesariana são influenciadas pelo 'incentivo de lazer'. Incentivos e desincentivos financeiros relacionados com a eficiência de trabalho e carga de trabalho do pessoal também podem aumentar a escala em direção à realização mais liberal de cesarianas marcadas. Dado o tempo necessário para monitorizar um parto complicado, existe um desincentivo financeiro para perseverar quando o parto não procede eficientemente ou se padrões cardíacos fetais borderline estiverem presentes. Evidências sugerem que médicos salarizados e que participam na partilha de lucro, reduzindo assim o incentivo financeiro para limitar o tempo gasto a monitorizar o parto, têm taxas de cesariana menores.

Implementação de guidelines com segunda opinião obrigatória poderia levar a uma pequena redução das taxas de cesariana. Revisão pelos colegas, incluindo consulta pré-cesariana segunda opinião obrigatória e vigilância pós-cesariana poderiam levar a uma redução na repetição mas não na taxa de cesariana total.⁹⁰

Fatores associados com taxas mais elevadas de partos vaginais podem incluir políticas rígidas sobre cesariana por pedido da mãe, pressão cultural ou social, diferenças na estrutura legal para o litígio médico e estratégias que favorecem partos em casa ou uma abordagem ao parto orientada por parteira.⁶

Alguns estudos de casos publicados recentemente apontam para intervenções como unidades de parto de alta qualidade orientadas por parteiras como um modo de reduzir as cesarianas.⁶

Uma meta-análise pretendeu avaliar a eficácia de várias intervenções na redução da taxa de cesarianas, como por exemplo, políticas de segunda opinião obrigatória, revisões externas por colegas, a organização de uma conferência semanal para apresentação de todos os casos de cesariana, cuidados de enfermagem um-para-um, critérios standard de parto baseados em guidelines que desencorajam amniotomia precoce, exame cervical a cada duas horas e diagnóstico precoce de ação uterina insuficiente tratada com oxitocina e educação pública e dos médicos sobre os benefícios maternos e fetais do parto vaginal. Esta análise concluiu que a taxa de cesarianas pode ser seguramente reduzida por intervenções complexas que envolvem os trabalhadores de saúde na análise e modificação das suas práticas.⁹¹

SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde)

O SINAS é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde. Tem como objetivo fornecer mais informação sobre a qualidade do sistema de saúde através de indicadores de avaliação consistentes, melhorando os cuidados prestados por levar à implementação medidas que levem à melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos cuidados preestados. Além disso procura melhorar a capacidade de análise do utente, disponibilizando informação sobre os níveis de qualidade do sistema de saúde, permitindo assim decisões e opiniões documentadas.

A informação disponibilizada é da responsabilidade das instituições. Periodicamente a ERS realiza auditorias a estabelecimentos seleccionados aleatoriamente, com o intuito de validar a informação submetida e promover a melhoria contínua.

No que diz respeito aos cuidados perinatais, existe uma forma de atuação diferente de instituição para instituição. A existência de sistemas como o SINAS com indicadores de saúde materno-fetais, seria mais um incentivo às instituições para o cumprimento dos protocolos, contribuindo, para além de outras coisas, para uma decisão mais rigorosa no que diz respeito à realização de cesarianas. Para além de que poderia permitir uma decisão mais informada por parte das mulheres na escolha da instituição onde iriam realizar o parto.

Conclusão

Em 1985, a OMS recomendou uma taxa de cesariana até 10 a 15%. No, entanto, e após esta taxa ter sido intensamente debatida nas últimas décadas, torna-se impossível contemplar uma taxa de cesarianas correta, já que as circunstâncias de cada mulher variam muito, tanto no que diz respeito às suas características individuais, com à sua situação social e quanto ao país onde vive.³⁰

A taxa de cesarianas é utilizada como um indicador de saúde perinatal. Em países subdesenvolvidos, esta taxa está muito abaixo do que seria desejado, contribuindo para as taxas de mortalidade materno-fetal muito elevadas. No entanto, atualmente, o aumento da taxa de cesarianas muitas vezes já não se correlaciona com a diminuição de eventos adversos, apresentando vários países desenvolvidos taxas acima de 30%.

Têm vindo a ser propostos várias estratégias para reduzir esta taxa para valores aceitáveis, prevenindo-se assim a realização de muitas cesarianas desnecessárias, e para promover o parto natural. Muitas delas já foram implementadas, como a utilização da classificação de Robson e de protocolos clínicos. Mas muito ainda se pode fazer.

Não deve ser esquecido, no entanto, que cada país tem características diferentes e que estas estratégias devem ser específicas para cada população, de forma a fornecer os melhores cuidados possíveis.

Em 2009, a OMS admitiu não existir evidências para recomendar uma taxa de cesarianas ótima, afirmando que ultimamente, o mais importante é que todas as mulheres que necessitem de uma cesariana recebam uma.

Bibliografia

1. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
2. Chu K, Cortier H, Maldonado F, Mashant T, Ford N, Trelles M. Cesarean section rates and indications in sub-Saharan Africa: a multi-country study from Medecins sans Frontieres. *PLoS One*. 2012;7(9):e44484.
3. Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014;Published(September):1-8.
4. Women P. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. *Eur Perinat Heal Rep*. 2010.
5. Bank W. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth:
6. Betrán AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu AM. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates : Global , Regional and National Estimates : 1990-2014. 2016:1-13.
7. Oms. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. 1985:1-8.
8. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Heal*. 2015;3(5):e260-e270.
9. Henrique F, George M. Registo de Indicações de Cesariana. 2015;(Norma da Direção-Geral de Saúde):1-5.
10. Melman S, Schoorel ECN, Boer K De, Burggraaf H. Development and Measurement of Guidelines-Based Quality Indicators of Caesarean Section Care in the Netherlands : A RAND-Modified Delphi Procedure and Retrospective Medical Chart Review. 2016:1-13.
11. Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaides KH. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42(6):634-643.
12. Ehrenberg HM, Durnwald CP, Catalano P, Mercer BM. The influence of obesity and diabetes on the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):969-974.
13. Fuchs F, Bouyer J, Rozenberg P, Senat M-V. Adverse maternal outcomes associated with fetal macrosomia: what are the risk factors beyond birthweight? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):90.
14. Maheshwari A, Pandey S, Shetty A, Hamilton M, Bhattacharya S. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from the transfer of frozen thawed versus fresh embryos generated through in vitro fertilization treatment: A systematic review and

meta-analysis. *Fertil Steril*. 2012;98(2):368-377.e9.

15. Gillet E, Martens E, Martens G, Cammu H. Pre labour Caesarean Section following IVF/ICSI in Older-Term Nulliparous Women: Too Precious to Push? *J Pregnancy*. 2011;2011:1-5.
16. Of B, World THE, Organisation H. Ronsmans C Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. 2012;(March 2016).
17. Alves B. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. 2005;112(July):994-996.
18. Tolla MC. Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967 2004. 2007;(April):840-848.
19. Räisänen S, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Influence of delivery characteristics and socioeconomic status on giving birth by caesarean section – a cross sectional study during 2000–2010 in Finland. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):120.
20. Manuscript A. NIH Public Access. 2014;122(1):33-40.
21. Zhang J, Troendle J, Reddy UM, et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *YMOB*. 2010;203(4):326.e1-e326.e10.
22. Patel RM, Jain L. Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes. *Semin Perinatol*. 2010;34(4):272-280.
23. Consensus NIH, Statements S. NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean : New Insights. 2010;27(3).
24. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson S a, Hodnett ED, Saigal S, Willan a R. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-1383.
25. Safe SA, Of M, To D, The R, Section OFC. VAGINAL BREECH DELIVERY ; STILL A SAFE MODE OF DELIVERY TO REDUCE THE RATE. 2015.
26. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):864-871.
27. Wells TL, Adair CD, Arcelin G, Kaunitz AM, Wells DS. Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes. 2001.
28. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, et al. Outcome of children at 2 years after planned

- cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomize term breech trial. 2004;864-871.
29. Harris LH. Counselling women about choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):93-107.
 30. Jong P De. Caesarean section deliveries – are we doing too many or too few? Opinion. 2015;(3):7-11.
 31. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(4):451-456.
 32. Sahlin M, Carlander-Klint a. K, Hildingsson I, Wiklund I. First-time mothers' wish for a planned caesarean section: Deeply rooted emotions. *Midwifery*. 2013;29(5):447-452.
 33. Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(10):1225-1230.
 34. Thompson H. Caesarean section at maternal request : An update. 2011.
 35. Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KBG. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: Anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*. 2009;36(3):208-212.
 36. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):251-256.
 37. Nielsen TF. - 108, 1984. 1984:103-108.
 38. Browne A, Hynes T. Multiple repeat caesarean section. *BJOG An Int J* 1965:193-197.
 39. Henderson E, Love EJ. Incidence of hospital-acquired infections associated with caesarean section. *J Hosp Infect*. 1995;29(4):245-255.
 40. Hofmeyr GJ, Smaill Fiona M. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3).
 41. Tran TS, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V, Geater A. Risk factors for postcesarean surgical site infection. *Obstet Gynecol*. 2000;95(3):367-371.
 42. Schneid-Kofman N, Sheiner E, Levy A, Holcberg G. Risk factors for wound infection following cesarean deliveries. *Int J Gynecol Obstet*. 2005;90(1):10-15.
 43. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*.

2007;335(7628):1025.

44. Health C. Why Mothers Die 2000 – 2002. *Heal (San Fr.* 2002.
45. Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, Byrne JD, Hethumumi R, Montoro M. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999;94(5):730-734.
46. James AH, Jamison MG, Brancazio LR, Myers ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: Incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(5):1311-1315.
47. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RDT. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: Incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *Br J Obstet Gynaecol.* 2001;108(1):56-60.
48. Sultan AA, Tata LJ, West J, et al. Risk factors for first venous thromboembolism around pregnancy: a population-based cohort study from the United Kingdom. 2016;121(19):3953-3962.
49. Lee RH. Emergency Postpartum Hysterectomy for A Systematic Review. 2010;115(3):637-644.
50. Vadnais M, Sachs B. Maternal Mortality With Cesarean Delivery: A Literature Review. *Semin Perinatol.* 2006;30(5):242-246.
51. Zwart JJ, Richters JM, Öry F, De Vries JIP, Bloemenkamp KWM, Van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: A nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2008;115(7):842-850.
52. Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(6):662-668.
53. Sholapurkar SL. Increased incidence of placenta praevia and accreta with previous caesareans – A hypothesis for causation. 2013;(November):806-809.
54. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J. Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy. 2007:609-614.
55. Sieczko D, Edwards H, Heggs K, White D. Case Report Caesarean scar ectopic pregnancy : a case report. 2014:126-128.
56. van Roosmalen J, Zwart J. Severe acute maternal morbidity in high-income countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(3):297-304.

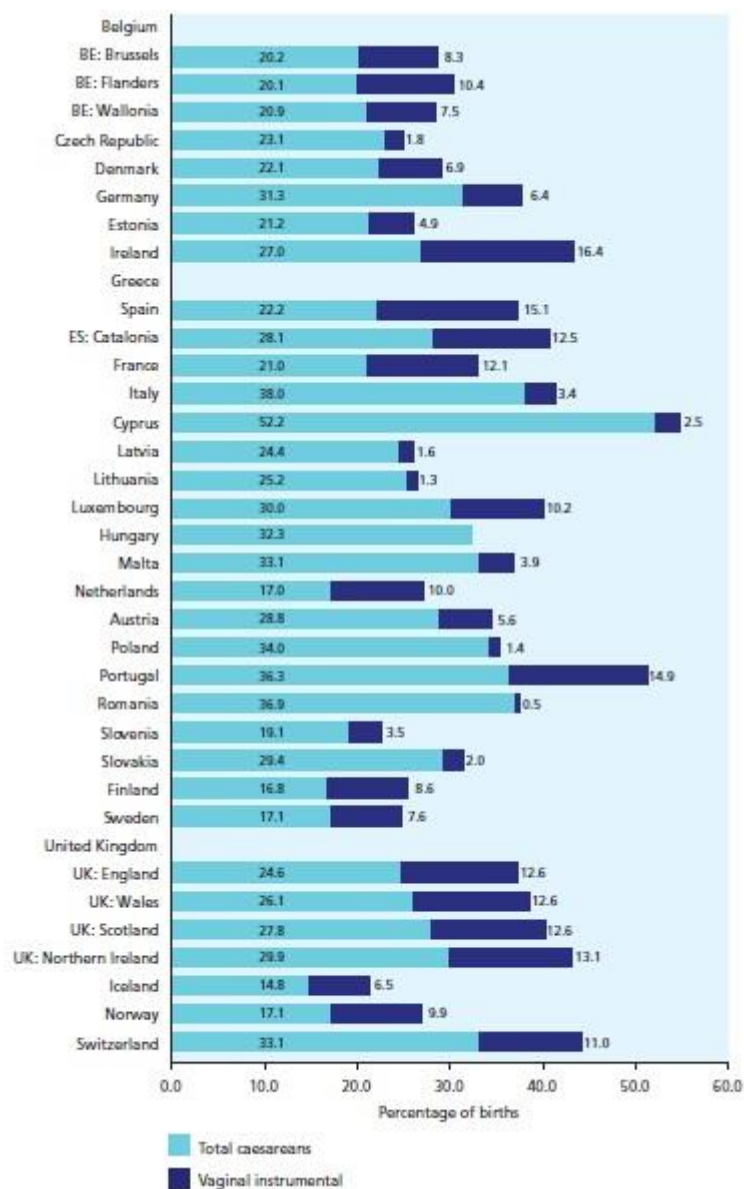
57. Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2005;112(9):1221-1228.
58. Lee YM, D'Alton ME. Cesarean Delivery on Maternal Request: the Impact on Mother and Newborn. *Clin Perinatol.* 2008;35(3):505-518.
59. Jonsdottir G, Smarason AK, Geirsson RT, Bjarnadottir RI. No correlation between cesarean section rates and perinatal mortality of singleton infants over 2,500 g. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(5):621-623.
60. Ly NP, Ruiz-Pérez B, Onderdonk AB, et al. Mode of delivery and cord blood cytokines: a birth cohort study. *Clin Mol Allergy.* 2006;4:13.
61. Maitra A, Sherriff A, Strachan D, Henderson J. Mode of delivery is not associated with asthma or atopy in childhood. *Clin Exp Allergy.* 2004;34(9):1349-1355.
62. Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clin Exp Allergy.* 2008;38(4):629-633.
63. Tollånes MC, Moster D, Daltveit AK, Irgens LM. Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study. *J Pediatr.* 2008;153(1):112-116.e1.
64. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):389-394.
65. Emberti Gialloreti L, Benvenuto A, Benassi F, Curatolo P. Are caesarean sections, induced labor and oxytocin regulation linked to Autism Spectrum Disorders? *Med Hypotheses.* 2014;82(6):713-718.
66. Bager P, Wohlfahrt J, Westergaard T. Cesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses. *Clin Exp Allergy.* 2008;38(4):634-642. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18266879>.
67. Cardwell CR, Stene LC, Joner G, et al. Cesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: A meta-analysis of observational studies. *Diabetologia.* 2008;51(5):726-735.
68. Koplin J, Allen K, Gurrin L, Osborne N, Tang MLK, Dharmage S. Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and IgE-mediated food allergy: a systematic review. *Pediatr Allergy Immunol.* 2008;19(8):682-687.
69. Ever-Hadani P, Seidman DS, Manor O, Harlap S. Breastfeeding in Israel: maternal factors

- associated with choice and duration. *J Epidemiol Community Health*. 1994;48:281-285.
70. Mansbach IK, Greenbaum CW, Sulkes J. Onset and duration of breast feeding among Israeli mothers: Relationships with smoking and type of delivery. *Soc Sci Med*. 1991;33(12):1391-1397.
 71. Greer G, Chau K, Hinz C. Elective caesarean sections — risks to the infant. *Lancet*. 374(9691):675-676.
 72. Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet*. 2003;362(9398):1779-1784.
 73. Bahtiyar MO, Julien S, Robinson JN, et al. Prior cesarean delivery is not associated with an increased risk of stillbirth in a subsequent pregnancy: Analysis of U.S. perinatal mortality data, 1995-1997. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(5):1373-1378.
 74. Todman D. A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2007;47(5):357-361.
 75. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Cmaj*. 2007;176(4):455-460.
 76. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean--the Maine experience. *Birth*. 2005;32(3):203-206.
 77. Tegerstedt G, Miedel A, M??hle-Schmidt M, Nyr??n O, Hammarstr??m M. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: A population-based approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(1):75-81.
 78. Larsson C, K llen K, Andolf E. Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: a nested case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):243.e1-e4.
 79. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *J Am Med Assoc*. 2002;287(14):1822-1831.
 80. Nygaard I. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? *Semin Perinatol*. 2006;30(5):267-271.
 81. Dietz HP, Pardey J, Murray H. Pelvic floor and anal sphincter trauma should be key performance indicators of maternity services. 2015:29-32.
 82. Birth Trauma Association. No Title. www.birthtraumaassociation.org.uk.
 83. Porter M, Van Teijlingen E, Chi Ying Yip L, Bhattacharya S. Satisfaction with cesarean

- section: Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth*. 2007;34(2):148-154.
84. Alfievic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3(5):CD006066.
 85. Chen H, Chauhan SP, Ananth C V, Vintzileos AM, Abuhamad AZ. Reports of Major Impact Electronic fetal heart rate monitoring and its relationship to neonatal and infant mortality in the United States. *YMOB*. 2011;204(6):491.e1-e491.e10.
 86. King TL. Cesarean Sections : Intrapartum Care Background : Indications for. *YSPER*. 2012;36(5):357-364.
 87. Belfort MA, Saade GR, Thom E, et al. A Randomized Trial of Intrapartum Fetal ECG ST-Segment Analysis. *N Engl J Med*. 2016;373(7):632-641.
 88. Mercer M, Saade GR. NIH Public Access. 2013;120(5):1181-1193.
 89. Alexander JM, Leveno KJ, Hauth JC, et al. Failed Operative Vaginal Delivery. *Obs Gynecol*. 2011;114(5):1017-1022.
 90. Vendittelli F, Tassié M-C, Gerbaud L, Lémery D. Appropriateness of elective caesarean deliveries in a perinatal network: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):135.
 91. Chaillet N, Dumont A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates : A Meta-Analysis. 2007;(March).

Anexos

Anexo 1 - Taxas de cesariana e parto vaginal instrumental na Europa em 2010



*Fonte: Women P. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. *Eur Perinat Heal Rep.* 2010.

Anexo 2 - Alteração das taxas de cesarianas entre 1990 e 2014 em 121 países

Region/subregion ^a (coverage, %)	Change in rate (earliest and latest rates, %)	Absolute increase (%)	AARF ^c (% per year)
Africa (81.8)	2.9–7.4	4.5	4.0
Eastern Africa (96.3)	2.3–3.9	1.6	2.2
Middle Africa ^d	-	-	-
Northern Africa (97.3)	4.5–27.8	23.3	7.9
Southern Africa ^d	-	-	-
Western Africa	2.6–3.1	0.5	0.7
Asia (93.1)	4.4–19.5	15.1	6.4
Eastern Asia (97.8)	4.9–35.2	30.3	8.5
South-central Asia (96.4)	4–11.4	7.4	4.4
South-eastern Asia (84.0)	4.1–15	10.9	5.5
Western Asia (68.9)	6.3–28.1	21.8	6.4
Europe (98.1)	11.2–25.0	13.8	3.4
Eastern Europe (100)	7.8–23.7	15.9	4.7
Northern Europe (100)	11.1–22.4	11.3	3
Southern Europe (90.3)	16.3–31.1	14.8	2.7
Western Europe (100)	14.8–24.5	9.7	2.1
Latin America and the Caribbean (84.3)	22.8–42.2	19.4	2.6
Caribbean (67.5)	9.9–28.5	18.6	4.5
Central America (97.9)	14.8–38.4	23.6	4.1
Southern America (79.4)	28.4–45.8	17.4	2
Northern America (100)	22.3–32.3	10	1.6
Oceania (56.6)	18.5–32.6	14.1	2.4
Australia/New Zealand (100)	18.5–32.6	14.1	2.4
World total^b (90)	6.7–19.1	12.4	4.4
Least developed regions (74.5)	1.9–6.1	4.2	5
Less developed regions (93)	6.3–20.9	14.6	5.1
More developed regions (98.9)	14.5–27.2	12.7	2.6

Change is presented as absolute increase (in percent points; latest CS rate minus earliest CS rate) and relative increase as average annual rate of increase (AARI).

^a If the data in 2014 is not available, the latest data (available from 2005 or later) is used instead of 2014. If the data in 1990 is not available, the earliest available data from 1985–1995 is used.

^b Countries categorized according to the UN geographical grouping. Number of live birth in 2000 was used as a weight to calculate the regional coverage.

^c AARI: average annual rate of increase = $(a_m/a_n)^{1/(n-m)} - 1$. a_m : the first observation of caesarean section rate, a_n : the latest observation of caesarean section rate, m : the first observed year, n : the latest observed year.

^d Estimates for subregions with a coverage less than 60% are not calculated. Coverage for Middle Africa is 29% and for Southern Africa 4.6%.

*Fonte: Betrán AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu AM. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates : Global , Regional and National Estimates : 1990-2014. 2016:1-13

Anexo 3 - Classificação de Robson

- 1** - Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
- 2** - Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
- 3** - Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
- 4** - Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
- 5** – Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas;
- 6** - Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica;
- 7** - Todas as multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es);
- 8** – Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es);
- 9** - Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es);
- 10** – Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).